

آنتی‌بادی ضد CagA، روش جدید تشخیص بیماری زخم پپتیک از دیس‌پپسی بدون زخم: مطالعه مورد شاهی

چکیده

دریافت: ۱۳۹۳/۰۶/۱۱ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۲۴ آنلاین: ۱۳۹۳/۱۱/۲۰

هاشم فخر یاسری*

مهدی شکرابی^۱، حمیدرضا برادران^۲

علی محمد فخر یاسری^۳

سید کامران سلطانی عربشاهی^۴

طیب رمیم^۵

۱- مرکز تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان

فیروزگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات ایمونولوژی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳- مرکز اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی

ایران، تهران، ایران.

۴- گروه جراحی کلیه و مجاری ادراری،

دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵- گروه بیماری‌های داخلی، بیمارستان فیروزگر،

دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۶- مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینه،

دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان ولیعصر، خیابان ولدی،
بیمارستان فیروزگر

تلفن: ۰۲۱-۲۲۶۱۰۹۲۷

E-mail: hfyasi@yaho.com

مقدمه

کلونیزه شدن هلیکوباکتریلوری در معده انسان از زمان کودکی آغاز می‌شود ولی در فقدان درمان مؤثر برای مدت طولانی در معده باقی می‌ماند. اغلب بیماری‌های ناشی از هلیکوباکتریلوری در بالغین و در سنین بالاتر اتفاق می‌افتد.^{۱،۲} زخم پپتیک اثنی عشر و معده، آدنوکارسینوم آترمعده و لنفوم اولیه معده مهمترین آنها هستند،^{۳،۴} ولی بیشتر افراد مبتلا به عفونت هلیکوباکتریلوری (بیش از ۸۰٪) در

زمینه و هدف: سایتوتوکسین وابسته به ژن A (Cytotoxin-associated gene A, cagA) مهمترین عامل ویروالانس هلیکوباکتریلوری محسوب می‌شود. با اندازه‌گیری آنتی‌بادی حاصل در سرم بیمار می‌توان گونه خاص هلیکوباکتریلوری مسؤول ایجاد زخم پپتیک را تشخیص داد و از آندوسکوپی غیرضروری در بیماران جلوگیری کرد. هدف از انجام این مطالعه بررسی آنتی‌بادی ضد CagA در سرم مبتلایان به زخم پپتیک در مقایسه با بیماران مبتلا به دیس‌پپسی بدون زخم بود.

روش بررسی: این مطالعه به‌صورت مورد-شاهدی از مهر ۱۳۹۰ تا آبان ۱۳۹۱ در ۱۳۰ بیمار که بیشتر از شش ماه از دیس‌پپسی شکایت داشتند و به بخش گوارش و آندوسکوپی بیمارستان فیروزگر مراجعه کرده بودند انجام شد. با استفاده از روش الیزا مقدار آنتی‌بادی ضد CagA در نمونه سرم بیماران اندازه‌گیری شد. بیماران مبتلا به زخم پپتیک به‌عنوان گروه مورد و بیماران بدون زخم پپتیک به‌عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۶۵ بیمار در گروه مورد و ۶۵ بیمار در گروه شاهد شرکت داشتند. ۵۹ نفر از گروه مورد (۹۰/۷۶٪) و ۳۷ نفر از گروه شاهد (۵۶/۹۲٪) از نظر وجود آنتی‌بادی ضد CagA مثبت بودند (P=۰/۰۰۳). همچنین ۶۱/۴٪ از افراد دارای آنتی‌بادی ضد CagA و ۱۷/۶٪ افراد فاقد آنتی‌بادی ضد CagA دارای زخم پپتیک بودند (P=۰/۰۰۳).

نتیجه‌گیری: اندازه‌گیری آنتی‌بادی ضد پروتیین CagA در سرم بیماران مبتلا به دیس‌پپسی روش غیرتهاجمی و به‌نسبت ارزان برای افتراق بیماران مبتلا به زخم پپتیک از موارد بدون زخم است و با استفاده از استراتژی "آزمون و درمان" می‌توان موارد آندوسکوپی فوری و غیرضروری، برای تشخیص، زخم پپتیک را کاهش داد.

کلمات کلیدی: دیس‌پپسی، زخم پپتیک، آزمون سرولوژیک، آنتی‌بادی ضد CagA.

تمام دوره زندگی خود بدون علامت هستند.^۵ میزان ویروالانس گونه‌های مختلف میکروارگانیسم، عوامل مساعدکننده ژنتیکی و عوامل محیطی اجزای تعیین‌کننده تظاهر بیماری‌های ناشی از هلیکوباکتریلوری محسوب می‌گردند.^۶ سایتوتوکسین وابسته به ژن A (Cytotoxin-associated gene A, cagA) در جزایر پاتوژنیسیته (Pathogenicity islands, PAIs)، مهمترین عامل ویروالانس هلیکوباکتریلوری است.^۴ گونه‌هایی که ژن cagA دارند بیشتر از گونه‌های فاقد ژن سبب پیدایش بیماری زخم پپتیک می‌گردند.^{۷،۸}

PAI دارای ۳۰ ژن است که بعضی از آنها سیستم ترشحی نوع چهار (Type IV Secretion System, T4SS) را رمزدهی می‌کنند، نوعی مولکول با زیاده سورنگی شکل، پروتیین CagA ساخته شده در باکتری را به داخل سیتوزول سلول اپیتلیال میزبان وارد می‌کند. ژن cagA عامل ویروالانس اکثر بیماری‌های خوش‌خیم و بدخیم لوله گوارش است. به عبارت دیگر نوعی نشانگر بیماری‌های ناشی از هلیکوباکتریلوری محسوب می‌شود.^{۷،۸} در مواردی که میکروارگانیزم ژن cagA را دارد ارتشاح سلول‌های التهابی و آسیب مخاطی در لوله گوارش بیشتر دیده می‌شود.^۹

شواهدی از ارتباط مستقیم آنتی‌بادی ضد CagA و گونه‌های دارای ژن cagA مشاهده گردیده است،^۹ همچنین نشان داده شده است که رابطه تنگاتنگی بین موارد مثبت هلیکوباکتریلوری و بیماری زخم پپتیک وجود دارد، به طوری که از بین بردن هلیکوباکتریلوری در بیمار، سیر طبیعی بیماری زخم پپتیک را به وضوح تغییر داده است.^۲ درمان با آنتی‌بیوتیک‌های مناسب عفونت هلیکوباکتریلوری موفقیت‌آمیز هستند. نرخ عود زخم پپتیک اثنی عشر و معده، پس از درمان عفونت هلیکوباکتریلوری به ترتیب ۸۰٪ و ۶۰٪ گزارش شده است و همچنین کاهش نرخ عود عفونت تا کمتر از ۵٪ پس از درمان هلیکوباکتریلوری، با چندین مطالعه، نشان داده شده است.^{۱۰} هدف این مطالعه بررسی موارد مثبت CagA هلیکوباکتریلوری با استفاده از روش‌های سرولوژی در جهت تعیین توانمندی این آزمون در افتراق بیماران مبتلا به زخم پپتیک از موارد دیس‌پپسی بدون زخم بود.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مورد-شاهدی از مهر ۱۳۹۰ تا آبان ۱۳۹۱ در ۱۳۰ بیمار که برای مدت بیشتر از شش ماه از دیس‌پپسی شکایت داشتند و به بخش گوارش و آندوسکوپی بیمارستان فیروزگر مراجعه کرده بودند، انجام شد. ۸۰۲ بیمار پرسشنامه‌ای را که بر اساس معیارهای پیشنهاد شده لیدز^{۱۱} آماده شده بود، پس از تفهیم و پذیرش موارد مطالعه، تکمیل کردند. بیماران توسط آندوسکوپست مجرب مورد معاینه کامل آندوسکوپی فوقانی قرار گرفتند. بیماران مبتلا به بدخیمی، مصرف سیگار، استفاده از داروهای ضد التهابی استروئیدی یا آنتی‌بیوتیک (حداقل در دو ماه گذشته) و ازوفاژیت در آندوسکوپی

فوقانی از مطالعه حذف شدند. زخم پپتیک معده و اثنی عشر، یا هر دو از موارد مورد مطالعه بودند. بیماران مبتلا به زخم‌های پپتیک معده و اثنی عشر در گروه مورد و مبتلایان به بیماری دیس‌پپسی بدون زخم در گروه شاهد قرار گرفتند. برای مطالعه بافت‌شناسی و کشف هلیکوباکتریلوری در بافت چهار نمونه از ناحیه آنتر و بدنه معده گرفته شد. تمام نمونه‌ها پس از تثبیت در فرمالین بافره شده (Buffered formalin) و قرار دادن در پارافین (Paraffin) و برش به ضخامت ۵ nm به وسیله همتوکسیلین و ائوزین یا گیمسا رنگ‌آمیزی شدند. وجود پنچ باسیل در هر میدان میکروسکوپی از نظر هلیکوباکتریلوری مثبت تلقی گردید. همزمان ۵ ml برای اندازه‌گیری میزان آنتی‌بادی ضد CagA، از بیمار خون گرفته شد.

اندازه‌گیری آنتی‌بادی ضد CagA با روش Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) انجام گرفت. آنتی‌بادی ضد CagA در سرم بر اساس CagA سنتز شده در میکروپیت انجام پذیرفت و به وسیله آنتی‌سرم کونژوگه شده 4RP تشخیص داده شده که با استفاده از فیلترهای ۴۵۰ و ۶۵۰ nm توسط آزمون الیزا، رنگ آن و سطح سرمی آنتی‌بادی با استفاده از منحنی کالیبره شده استاندارد تعیین گردید. این روش حساسیت و ویژگی تشخیصی بیش از ۹۸٪ دارد و میزان مساوی یا بیشتر از ۵ arb/ml برای آنتی‌بادی مثبت تلقی گردید.

تمام داده‌ها پس از کدگذاری هر بیمار به وسیله نرم‌افزار SPSS ویراست ۱۸ تجزیه و تحلیل گردید. به منظور توصیف و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و همچنین آزمون‌های آماری Student's t-test و Chi-square test استفاده شد. $P < 0.05$ به عنوان سطح معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۸۰۲ بیمار با شکایت دیس‌پپسی وارد مطالعه شدند که در بررسی انجام شده ۵۲۲ نفر از نظر باکتری هلیکوباکتریلوری مثبت بودند. در نهایت با در نظر گرفتن معیارهای خروج ۱۳۰ بیمار در دو گروه (بیماران دارای زخم پپتیک و بیماران بدون زخم پپتیک) مورد بررسی قرار گرفتند. مشخصات دموگرافیک بیماران در دو گروه مورد مطالعه در جدول ۱ بیان گردیده است.

جدول ۱: متغیرهای زمینه‌ای برحسب گروه‌های مورد (مبتلایان به زخم پپتیک) و شاهد (بیماران مبتلا به دیس‌پپسی بدون زخم پپتیک)

متغیرها	مبتلایان به زخم پپتیک	تعداد (درصد)	مبتلایان به دیس‌پپسی بدون زخم پپتیک	تعداد (درصد)	P
مرد	۳۷(۵۷)		۳۶(۵۵/۳)		۰/۱۶
زن	۲۸(۴۳)		۲۹(۴۴/۷)		
میانگین سن (سال)	۴۱/۶±۱۶/۴		۳۶/۴±۱۰/۸		۰/۰۸۷

از Student's t-test و Chi-square test برای آنالیز داده‌ها استفاده گردید. مقدار $P < ۰/۰۵$ معنادار در نظر گرفته شد.

جدول ۲: رابطه بین یافته‌های آندوسکوپی و نتایج سرولوژی هلیکوباکتریلوری

آنتی‌بادی ضد <i>CagA</i>	مبتلایان به زخم پپتیک	تعداد (درصد)	مبتلایان به دیس‌پپسی بدون زخم پپتیک	تعداد (درصد)	P
مثبت	۵۹(۹۰/۷۶)		۳۷(۵۶/۹۲)		۰/۰۰۳
منفی	۶(۸/۲۴)		۲۸(۴۳/۰۸)		

از Chi-square test برای آنالیز داده‌ها استفاده گردید. مقدار $P < ۰/۰۵$ معنادار در نظر گرفته شد.

در بدن می‌شود. هر چند اثر این آنتی‌بادی‌ها بر روی ساکن شدن (کلونیزاسیون) باکتری در معده هنوز مورد بحث است.^{۱۴} پژوهش‌های گذشته ثابت کرده است که ارتباط مستقیمی بین میزان سرمی آنتی‌بادی ضد *CagA* با ابتلا به عفونت هلیکوباکتریلوری وجود دارد،^{۱۶} از این رو اندازه‌گیری آنتی‌بادی با دقت بیشتری می‌تواند موارد ابتلا به زخم را تشخیص دهد. ایمونوگلوبولین G بر علیه تمام فراورده‌های سلولی و همچنین بر ضد پروتئین سایتوتوکسین (*CagA*) در سرم بیمار ترشح می‌شود.^{۱۴}

نشان داده شده است که پروتئین سایتوتوکسین ترشح شده از باکتری محرک دستگاه ایمنی (ایمونوزنیک) بیمار است و به‌طور معمول پاسخ ایمنی را تحریک می‌کند، از این‌روی با روش‌های سرولوژی می‌توان آنرا یافت. آنتی‌بادی ضد *CagA* را می‌توان با روش‌های ELISA و Western blotting systems در آزمایشگاه اندازه‌گیری کرد.^{۱۵}

در حال حاضر برای تشخیص و درمان زخم پپتیک از آندوسکوپی و رادیولوژی با ماده حاجب استفاده می‌شود. اگر چه این روش‌های تشخیصی پرهزینه و وقت‌گیر هستند. رادیولوژی با استفاده از ماده حاجب قادر به نشان دادن هلیکوباکتریلوری نیست و

حدود ۹۱٪ (۵۹/۶۵) از بیماران مبتلا به زخم پپتیک و ۵۷٪ (۳۷/۶۵) از گروه کنترل (دیس‌پپسی بدون زخم) آنتی‌بادی IgG ضد *CagA* در سرم با $P=۰/۰۰۳$ ، $OR=۷/۴$ (95%CI: ۲/۸-۱۹/۷) فراوانی نسبی وجود زخم پپتیک در بیماران دارای آنتی‌بادی IgG ضد *CagA* ۶۱/۴٪ و در بیماران فاقد آنتی‌بادی ضد IgG ضد *CagA* ۱۷/۶٪ بود ($P=۰/۰۰۳$) (جدول ۲).

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که در ۹۸/۵٪ بیماران مبتلا به زخم پپتیک آنتی‌بادی ضد *CagA* در سرم دارند که بیشتر از موارد دیس‌پپسی بدون زخم (۴۷/۷٪) است. هر چند بیماران سیگاری و بیمارانی که از داروهای مهارکننده اسید استفاده می‌کردند از این مطالعه حذف شده‌اند. از این‌رو، اندازه‌گیری آنتی‌بادی ضد *CagA* در سرم، نظیر سایر مطالعات مشابه انجام شده^{۱۲} در افتراق زخم پپتیک از موارد بدون زخم بسیار کمک‌کننده است.

عفونت مزمن هلیکوباکتریلوری سبب پاسخ موضعی و عمومی (سیستمیک) دستگاه ایمنی در نتیجه تولید آنتی‌بادی‌های IgA و IgG

آنتی‌بیوتیکی ضد هلیکوباکتریلوری قرار می‌گیرند.^{۲۰}

هدف از این مطالعه اثبات این فرضیه بود که اندازه‌گیری آنتی‌بادی ضد پروتیین CagA هلیکوباکتریلوری در سرم بیماران دیس‌پپسی روشی مطلوب برای تشخیص افزایش خطر و افتراق زخم پپتیک از موارد بدون زخم بوده و به‌خصوص در مراکز مراقبت‌های اولیه بالینی کمک‌کننده است. اندازه‌گیری آنتی‌بادی ضد CagA در سرم روشی غیرتهاجمی برای تشخیص مبتلایان به زخم پپتیک است که به‌علت دیس‌پپسی مراجعه می‌کنند. از این روش در مبتلایان به دیس‌پپسی که فاقد علائم هشداردهنده یا بیماری بدخیم هستند و از داروهای ضداالتهابی غیراستروئیدی استفاده نمی‌کنند می‌توان در مراقبت‌های اولیه بالینی استفاده کرد.

اندازه‌گیری آنتی‌بادی ضد پروتیین CagA در سرم بیماران مبتلا به دیس‌پپسی روش غیرتهاجمی و به‌نسبت ارزان برای افتراق بیماران مبتلا به زخم پپتیک از موارد بدون زخم است و با استفاده از استراتژی "آزمون و درمان" می‌توان موارد آندوسکوپی فوری و غیرضروری، برای تشخیص، زخم پپتیک را کاهش داد.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی تحت عنوان "بررسی آنتی‌بادی ضد CagA در سرم مبتلایان به زخم پپتیک در مقایسه با بیماران مبتلا به دیس‌پپسی بدون زخم" مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در سال ۱۳۹۱ به شماره ۶۵۶ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران اجرا شده است.

آندوسکوپی نوعی روش تهاجمی محسوب می‌شود. روش‌های نمره‌دهی (Predictive scoring models)، با استفاده از سن، جنس و حالت‌های بالینی، نیز در درمان بیماران مطالعه شده است ولی قادر به افتراق و انتخاب مبتلایان به زخم پپتیک از بیماران مبتلا به دیس‌پپسی بدون زخم برای ضرورت انجام آندوسکوپی فوری نیست.^{۱۷} روش آزمون تنفسی اوره (Urea Breath Test, UBT) روشی غیرتهاجمی و آسان ولی پرهزینه است. Sharma و همکاران وی در مطالعه خود نتوانستند ارتباط بین آزمون تنفسی اوره نشاندار (13C Urea) و انتخاب مبتلایان به زخم پپتیک برای آندوسکوپی فوری را اثبات کنند.^{۱۸}

استراتژی "آزمون و درمان" (Test and treat strategy) روش پیشنهادی جدیدی است که در سال‌های اخیر مطرح شده و به‌وسیله پزشکان مراقب‌های اولیه بالینی، در مراکز بهداشتی درمانی که فاقد تسهیلات روش‌های آندوسکوپی می‌باشند و در بیشتر مراکز بهداشتی جهان استفاده می‌شود.^{۱۹} Talley و همکارانش عقیده دارند، در جوامعی که در معرض خطر متوسط تا شدید (بیشتر از ۱۰٪) ابتلا به عفونت هلیکوباکتریلوری وجود دارد، استفاده از استراتژی "آزمون و درمان" مقرون به‌صرفه است.^{۱۹}

برای این منظور آنتی‌بادی ضد CagA برعلیه هلیکوباکتریلوری (برعلیه تمام سلول) در تمام بیمارانی که به‌علت دیس‌پپسی مراجعه کرده‌اند، ولی فاقد علائم هشداردهنده هستند و به داروهای مهارکننده اسید پاسخ مطلوب نمی‌دهند اندازه‌گیری می‌گردد و سپس موارد مثبت تحت درمان با داروهای

References

1. Rieder G, Fischer W, Haas R. Interaction of *Helicobacter pylori* with host cells: function of secreted and translocated molecules. *Curr Opin Microbiol* 2005;8(1):67-73.
2. Nakajima S, Nishiyama Y, Yamaoka M, Yasuoka T, Cho E. Changes in the prevalence of *Helicobacter pylori* infection and gastrointestinal diseases in the past 17 years. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25 Suppl 1:S99-S110.
3. Ahmad MM, Rahman M, Rumi AK, Islam S, Huq F, Chowdhury MF, et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* in asymptomatic population: a pilot serological study in Bangladesh. *J Epidemiol* 1997;7(4):251-4.
4. Patra R, Chattopadhyay S, De R, Datta S, Chowdhury A, Ramamurthy T, et al. Intact cag pathogenicity island of *Helicobacter pylori* without disease association in Kolkata, India. *Int J Med Microbiol* 2011;301(4):293-302.
5. Nomura AM, Pérez-Pérez GI, Lee J, Stemmermann G, Blaser MJ. Relation between *Helicobacter pylori* cagA status and risk of peptic ulcer disease. *Am J Epidemiol* 2002;155(11):1054-9.
6. Basso D, Plebani M, Kusters JG. Pathogenesis of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter* 2010;15 Suppl 1:14-20.
7. Schöttker B, Adamu MA, Weck MN, Brenner H. *Helicobacter pylori* infection is strongly associated with gastric and duodenal ulcers in a large prospective study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10(5):487-93.e1.
8. Covacci A, Rappuoli R. Tyrosine-phosphorylated bacterial proteins: Trojan horses for the host cell. *J Exp Med* 2000;191(4):587-92.
9. Cover TL, Glupczynski Y, Lage AP, Burette A, Tummuru MK, Perez-Perez GI, et al. Serologic detection of infection with cagA+ *Helicobacter pylori* strains. *J Clin Microbiol* 1995;33(6):1496-500.
10. Nervi G, Liatopoulou S, Cavallaro LG, Gnocchi A, Dal-Bo N, Rugge M, et al. Does *Helicobacter pylori* infection eradication modify peptic ulcer prevalence? A 10 years' endoscopic survey. *World J Gastroenterol* 2006;12(15):2398-401.
11. Moayyedi P, Duffett S, Braunholtz D, Mason S, Richards ID, Dowell AC, et al. The Leeds Dyspepsia Questionnaire: a valid tool

- for measuring the presence and severity of dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 1998;12(12):1257-62.
12. Orsini B, Ciancio G, Surrenti E, Macrí G, Biagini MR, Milani S, et al. Serologic detection of CagA positive *Helicobacter pylori* infection in a northern Italian population: its association with peptic ulcer disease. *Helicobacter* 1998;3(1):15-20.
 13. Nedrud JG. *Helicobacter pylori* vaccines: lessons from small animal models. *Scand J Immunol* 2001;53(5):429-36.
 14. Bhat N, Gaensbauer J, Peek RM, Bloch K, Tham KT, Blaser MJ, et al. Local and systemic immune and inflammatory responses to *Helicobacter pylori* strains. *Clin Diagn Lab Immunol* 2005;12(12):1393-400.
 15. Lepper PM, Möricke A, Vogt K, Bode G, Trautmann M. Comparison of different criteria for interpretation of immunoglobulin G immunoblotting results for diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *Clin Diagn Lab Immunol* 2004;11(3):569-76.
 16. Cutler AF, Havstad S, Ma CK, Blaser MJ, Perez-Perez GI, Schubert TT. Accuracy of invasive and noninvasive tests to diagnose *Helicobacter pylori* infection. *Gastroenterology* 1995;109(1):136-41.
 17. Bytzer P, Schaffalitzky de Muckadell OB. Prediction of major pathologic conditions in dyspeptic patients referred for endoscopy. A prospective validation study of a scoring system. *Scand J Gastroenterol* 1992;27(11):987-92.
 18. Sharma TK, Prasad VM, Cutler AF. Quantitative noninvasive testing for *Helicobacter pylori* does not predict gastroduodenal ulcer disease. *Gastrointest Endosc* 1996;44(6):679-82.
 19. Talley NJ, Vakil N; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2005;100(10):2324-37.
 20. Lassen AT, Pedersen FM, Bytzer P, Schaffalitzky de Muckadell OB. *Helicobacter pylori* test-and-eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: a randomised trial. *Lancet* 2000;356(9228):455-60.

Anti-CagA antibodies, a new diagnostic tool in peptic ulcer and non-ulcer dyspepsia: a case control study

Hashem FakhreYaseri M.D.^{1*}
Mehdi Shakaraby Ph.D.²
Hamid Reza Bradaran Ph.D.³
Ali Mohammad FakhreYaseri M.D.⁴
Seyed Kamran Soltani Arabshahi M.D.⁵
Tayeb Ramim M.D.⁶

1- Research Center for Gastroenterology and Liver Disease, Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Firoozgar Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department and Research Center of Immunology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Epidemiology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- Department of Internal Medicine, Firoozgar Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6- Sina Trauma and Surgery Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Firoozgar Hospital, Valadi St., Vali Asr St., Tehran, Iran.
Tel: +98-21-22260927
E-mail: hfayeri@yahoo.com

Abstract

Received: 02 Sep. 2014 Accepted: 15 Dec. 2014 Available online: 09 Feb. 2015

Background: *Helicobacter pylori* is a gram negative microaerophilic spiral bacilli, which causes duodenal and gastric ulceration. Also this organism cause distal gastric adenocarcinoma and primary gastric lymphoma. The most important *Helicobacter pylorus* virulence factor is cytotoxin associated gene A (cagA) Pathogenicity Island that cause secretion of antibody by stimulation of immune system. Measurement of the serum antibody can be used to diagnosis strain of *Helicobacter pylorus* that causes peptic ulcer disease (PUD). Serological discrimination between strain types would reduce the need to emergent endoscopic studies. The aim of this study was comparison of serum anti-CagA antibodies of patients with peptic ulcer disease and patients with Non-ulcer dyspepsia.

Methods: This case-control study was carried out from october 2011 to october 2012, in 130 patients who complained of dyspepsia more than six months and referred to gastroenterology and endoscopic ward of Firoozgar Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran. Serum sample obtained from all patients. Anti-CagA antibodies levels were measured in serum samples using ELISA technique. Patients with peptic ulcers as cases and patients without peptic ulcer in endoscopy study were considered as controls.

Results: One hundred thirty patients were enrolled in the study and equally two groups (65 patients in case group and 65 patients in control group). Fifty nine subjects of case group (90.76%) and 37 subjects of control group (56.92%) had positive serum anti-CagA antibody ($P= 0.003$). Sixty one percent of anti-CagA antibodies positive patients and 17.6% of anti-CagA antibodies negative patients had peptic ulcer ($P= 0.003$). (Odds ratio= 7.4; 95%CI: 2.8-19.7; $P= 0.003$).

Conclusion: The detection of CagA antibodies as an additional and noninvasive test in association with determination of serum anti-CagA antibodies, could help better detection of risk factors of peptic ulcer disease. Also it can reduce the emergency endoscopy process. We can use this technique in patients with dyspepsia who had no warning signs or malignant disease and not taking a nonsteroidal anti-inflammatory drugs in primary care of clinical practices.

Keywords: CagA protein, dyspepsia, endoscopy, enzyme-linked immunosorbent assay, *helicobacter pylori*, peptic ulcer, stomach.